

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

N° 111

DE

L'ANUS VULVAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

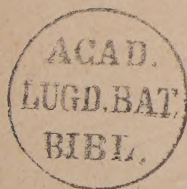
Le 29 Juillet 1899

PAR

René VITRY

Né à Mahébourg (Ile Maurice), le 11 octobre 1873

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1899

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON DOYEN
HAMELIN (✱) ASSESEUR

Professeurs

Hygiène.	MM. BERTIN-SANS.
Clinique médicale	GRASSET (✱).
Clinique chirurgicale.	TEDENAT.
Clinique obstétric. et gynécol.	GRYNFELTT.
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (✱).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✱).
Physique médicale.	IMBERT
Botanique et hist. nat.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique.	N...
Id.	Bosc (Ch. du c.)

Doyen honoraire : M. MAIRET (✱).

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (✱), PAULET (O. ✱).

Chargés de Cours complémentaires

Accouchements.	MM. VALLOIS, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	DE ROUVILLE, agr.
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. BROUSSE	MM. DE ROUVILLE	MM. GALAVIELLE
RAUZIER	PUECH	RAYMOND
LAPEYRE	VALLOIS	VIRES
MOITESSIER	MOURET	IMBERT
BOSC	DELEZENNE	BERTIN-SANS

MM. H. GOT, *secrétaire*.

F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

Examineurs de la Thèse

MM. ESTOR, *président*.
FORGUE, *professeur*.

MM. PUECH, *agrégé*.
RAUZIER, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A la mémoire vénérée de mon Père
Le Docteur J.-H.-D. VITRY

A ma Mère bien-aimée

A mon Frère, A mes Parents

Hommage de mon entier dévouement.

R. VITRY.

A mon président de Thèse
M. le professeur ESTOR

A M. le professeur-agrégé P. PUECH

Hommage respectueux.

A mes Maîtres de Montpellier

A mon cousin le professeur-agrégé F. JADIN

DE L'ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE
PHARMACIEN EN CHEF DES HOPITAUX

Témoignage de vive affection

A tous mes Amis

R. VITRY.

AVANT-PROPOS

Sur le point de terminer nos études, nous sommes heureux de pouvoir adresser nos sincères remerciements aux divers Maîtres qui, pendant notre séjour dans les hôpitaux et la Faculté, ont bien voulu nous diriger et nous prodiguer leur science et leur dévouement. Nous ne saurions trop reconnaître le bien qu'ils nous ont fait.

Que M. le professeur Estor reçoive l'expression de notre vive gratitude pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner et pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous tenons à remercier d'une manière toute particulière notre excellent Maître, M. le professeur-agrégé Puech, de toute sa sollicitude pour nous. Son enseignement élevé, ses précieux conseils, ne nous ont jamais fait défaut, et sa bonté a été jusqu'à nous guider dans l'exécution de ce travail, entrepris du reste sur ses conseils. Qu'il nous soit permis de lui exprimer toute notre affectueuse reconnaissance.

M. le professeur-agrégé Rauzier a toujours montré le plus grand empressement à nous aider et à nous accorder son appui durant toute la durée de nos études ; nous le prions d'agréer l'assurance de notre profond attachement.

Nous nous souviendrons toujours de la bonté toute particulière que nous a témoignée M. le docteur François. Il a été pour nous d'une rare amabilité et d'une grande bienveillance.

Une fois encore, nous tenons à lui affirmer notre reconnaissance et notre entier dévouement.

M. le professeur Forgeue a bien voulu, avec son amabilité ordinaire, nous faire profiter d'une intéressante observation. Nous l'en remercions grandement.

Notre souvenir, enfin, à tous ceux de nos condisciples qui nous ont témoigné de la sympathie.

R. VITRY.

INTRODUCTION

L'abouchement congénital du rectum à la vulve et au vagin, encore appelé *anus vulvaire*, *anus vaginal*, *atréisie de l'anus vulvaire*, *atréisie de l'anus vaginal*, *cloaque recto-vaginal*, constitue, au demeurant, un vice de conformation assez rare. C'est ainsi que M. le docteur P. Puech (1) cherchant à en établir la fréquence, conclut, de documents inédits à lui fournis par son père, qu'on le rencontrait environ une fois sur 79.474 naissances.

De cette anomalie peu commune, nous avons eu l'occasion d'observer un bel exemple dans le service de notre excellent Maître, le professeur Estor. En outre, M. le professeur Forgue a bien voulu à son tour nous communiquer un cas inédit dans lequel il a eu recours à un procédé opératoire absolument nouveau. Ainsi avons-nous été conduit à faire de l'abouchement congénital du rectum à la vulve et au vagin le sujet de notre thèse inaugurale.

Après l'étude si complète que notre Maître, M. le professeur-agrégé Puech, a consacrée, en 1890, à ce vice de conformation, il pourrait paraître superflu de traiter à nouveau la question. Aussi n'avons-nous point la prétention de faire œuvre originale. Mais, depuis la thèse de M. Puech, à laquelle il faudra toujours se reporter, parce qu'elle constitue à la fois le pre-

(1) P. Puech : *Des abouchements congénitaux du rectum à la vulve et au vagin*. Thèse Montpellier, 1890.

mier et le plus important travail d'ensemble relatif à l'histoire des anus vulvaires et vaginaux, un certain nombre d'observations nouvelles ont été faites.

Faciliter les recherches ultérieures en groupant ces observations parues depuis 1890 et éparses dans les divers recueils scientifiques, faire connaître deux cas inédits, telles sont, à défaut d'autres, les prétentions de notre travail.

Ainsi que l'indique le titre de notre thèse, nous envisageons la question au seul point de vue clinique, laissant de côté ce qui a trait à l'étiologie et à la pathogénie de l'anus vulvaire. Comme pour tous les vices de conformation, l'étiologie des anus vulvaires et vaginaux est encore entourée d'obscurités ; si d'autre part les travaux récents, malgré leur nombre et leur valeur, ont servi à mieux nous fixer sur bien des points obscurs du développement des organes génitaux externes et de l'anus, ils sont loin de les avoir tous élucidés.

C'est pourquoi, nous appuyant sur les documents antérieurement publiés et sur ceux que nous avons pu recueillir, nous contenterons-nous de donner : 1° une description aussi exacte que possible du vice de conformation que nous étudions ici ; 2° d'en exposer les symptômes et le diagnostic ; 3° d'en établir le pronostic ; 4° enfin, de discuter parmi les divers procédés de traitement qui ont été proposés, celui qui lui convient le mieux.

En tête de cette étude, nous avons cru devoir placer tout d'abord, les deux observations inédites qui en ont été le point de départ. Nous avons résumé à la fin de notre travail 22 observations d'anus vulvaires publiées depuis la thèse de M. Puech.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DE

L'ANUS VULVAIRE

I

OBSERVATIONS INÉDITES

Observation première

(Recueillie dans le service de M. le professeur Estor)

La nommée Yvonne E..., âgée de 6 mois, entre à l'Hôpital-Suburbain, le 7 février 1899.

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants ; aucune difformité congénitale dans la famille. Pendant que la mère était enceinte, il n'est survenu aucun accident (pas de traumatisme, pas de fièvre).

La mère a nourri, avec succès, son enfant.

Antécédents personnels. — L'enfant n'a jamais été malade, mais elle a toujours été constipée. C'est en essayant de lui donner un lavement qu'on s'est aperçu de l'issue des matières fécales par l'orifice vulvaire.

Etat actuel (le 9 février). — L'anus est absolument bien conformé mais imperforé ; des matières fécales sortent par la vulve. On peut faire pénétrer un stylet dans l'anus contre nature, situé au niveau de la commissure postérieure, et immédiatement en avant de l'hymen. Ce stylet se dirige vers la concavité sacrée.

Etat général très bon. Les divers viscères sont normaux.

Opération (le 10 février). — Anesthésie au chloroforme. On place une sonde cannelée, recourbée en crochet, dans l'anus vulvaire et on fait ensuite une incision allant de la dépression ovale au coccyx. Guidé par le bec de la sonde, il est facile de trouver l'ampoule rectale, qui est incisée et fixée à la peau. L'enfant rend immédiatement une assez grande quantité de matières moulées.

13 février. — Pas de fièvre, le résultat paraît très bon.

15 février. — Pas de fièvre ; l'enfant va bien ; les sutures qui fixaient à la peau les parois rectales n'ont pas pu empêcher son ascension, aussi la plaie est, aujourd'hui, complètement désunie.

27 février. — Tous les jours on fait, avec le doigt, la dilatation du nouvel anus. Les matières passent encore largement par l'anus vulvaire.

8 avril. — Dilatation répétée chaque jour. — Il ne passe presque plus de matières par la voie anormale.

12 avril. — La malade sort. La mère continuera, deux fois par jour, la dilatation digitale de l'anus opératoire.

5 juin. — Sur notre demande, l'enfant revient se faire examiner et nous constatons une guérison complète. L'anus nouveau fonctionne très bien. Il ne sort plus de matières par l'anus vulvaire.

Observation II

(Communiquée par M. le professeur Forgue)

La nommée Aline B..., âgée de 2 mois 1/2, entre à l'Hôpital-Général, le 6 septembre 1894.

Depuis sa naissance, l'enfant présente un abouchement anormal du rectum à la vulve. La place de l'anus est marquée par une petite crête cutanée saillante. La défécation s'accomplit facilement par la vulve.

Opération. — Une sonde cannulée, recourbée en fort crochet, est introduite par l'orifice anormal qui se trouve immédiatement en avant de l'hymen annulaire ; sa pointe fait saillir les téguments périnéaux à environ 1 cent. 5 de la commissure vulvaire postérieure, en un point occupé par une crête saillante qui répond à l'emplacement de l'anus imperforé. D'un coup de bistouri je sectionne tous les tissus chargés par la sonde.

Je me trouve alors en présence d'une véritable déchirure complète du périnée : la commissure vulvaire largement fendue, l'orifice étalé et le rectum forment un véritable cloaque.

Je saisis avec une pince à forcipressure la partie la plus reculée de la muqueuse rectale ; je place de chaque côté des pinces à forcipressure qui s'appliquent à deux étages : les unes mordent la peau de chaque côté, sur les bords de l'incision interano-vulvaire, les autres saisissent les parties latérales de la muqueuse rectale. Enfin, une pince américaine saisit la partie antérieure de la muqueuse rectale, c'est-à-dire celle qui répond à la partie antérieure de l'orifice anormal. Une autre pince est placée sur la partie basse de l'hymen, qui forme un véritable anneau.

Grâce à ces deux pinces, j'écarte en haut l'hymen, en bas le rectum et, pendant qu'un aide maintient cet écartement, je clive à petits coups de ciseaux la cloison recto-vaginale.

L'opération est conduite comme un Lawson-Tait et, de même que dans la périnéoplastie anglaise, je m'aide par deux petites incisions obliques, qui remontent vers les parties basses des grandes lèvres. Je poursuis ce clivage jusqu'à une profondeur de 14 à 15 mm. ; l'opération est assez aisée, néanmoins un coup de ciseau fait une légère ouverture au rectum. Je continue la dissection en rasant davantage la paroi vaginale.

Ceci fait, nous nous trouvons dans les conditions d'une auto-plastie périnéale. Nous plaçons le premier fil dans l'angle d'écartement des deux feuillets vaginal et rectal ; avec la petite aiguille courbe de Collins nous ramassons, comme on le fait avec l'Emmet, toutes les parties molles, passant en lacet dans les tissus répondant à l'angle de séparation des deux lames. Deux autres fils, placés de même façon, reconstituent le périnée, qui a une longueur de près de 2 cent. (18 mm.)

Avant de tordre les fils, nous nous sommes assuré que le rectum avait assez de mobilité pour pouvoir être fixé à la partie reculée de l'incision périnéale. Deux fils métalliques suturent de chaque côté de la nouvelle commissure le bord vaginal au bord cutané. (Nous en avons réséqué une partie avant la suture, il était exubérant.)

Nous passons alors au dernier temps, à la confection de l'anus, qui ne nous a présenté aucune difficulté, en raison de l'affrontement naturel et sans tractions fortes du rectum et des bords cutanés. D'ailleurs, l'opération est facilitée par les pinces placées sur la peau et la muqueuse rectale. Il suffit d'opposer avec exactitude ces 2 plans pour placer des sutures parfaites. Je place ainsi 7 sutures métalliques (1 à la commissure antérieure, 2 à la commissure postérieure, 2 sur chaque côté) et 4 sutures au catgut, intermédiaires.

Stéréol sur la ligne de suture périnéale.

Lavages toutes les fois que la souillure se produit.

Le 16 septembre, les sutures ont pris, les fils sont enlevés et l'enfant sort avec un anus normal, par lequel les matières sont évacuées avec facilité. L'ouverture vulvaire est très bien fermée ; rien n'y passe plus.

II

DESCRIPTION DE L'ANUS VULVAIRE

L'abouchement anormal du rectum peut se faire, soit en avant, soit en arrière de l'hymen ; de là, la division en anus vulvaires et en anus vaginaux.

La première de ces dispositions est assurément la plus fréquente : sur 47 observations donnant le siège exact de l'orifice anormal, M. P. Puech (1) trouve 42 abouchements vulvaires ; de notre côté, parmi les 24 observations que nous avons colligées, nous relevons 18 anus vulvaires.

Les cas d'anús vaginaux sont très rares, et seules, les observations de Bauer et de Gryu'eltt (2) indiquent nettement que l'orifice anormal se trouve en arrière de l'insertion hyménéale.

L'ouverture recto-génitale présente, suivant les cas, les dimensions les plus variables. C'est ainsi que, chez les enfants, cet orifice peut être en quelque sorte capillaire, au point de ne laisser échapper qu'avec peine les gaz intestinaux ou la partie la plus fluide du méconium ; tandis que, d'autres fois, il admet facilement l'extrémité du petit doigt. Chez la malade de Martin (obs. XIII), on peut introduire dans l'ouverture anormale l'extrémité d'une pince hémostatique, c'est à peu près

(1) Thèse Montpellier 1890.

(2) Observations XLVIII et LXXXI de la thèse de Puech.

le diamètre moyen, puisque, chez l'enfant, il serait représenté, dans la majorité des cas, par le calibre d'une sonde de femme.

Chez l'adulte, on retrouve les mêmes différences de diamètre; dans le cas de Thompson (obs. XXII), l'orifice anormal admettait difficilement l'extrémité du petit doigt; tandis que chez la malade de Frommel (obs. VI), l'anus vulvaire aurait permis l'introduction de deux doigts. Cependant, la moyenne mesure est ici représentée par l'index.

Ordinairement arrondi, l'anus anormal peut revêtir, dans quelques cas, la forme d'une fente allongée transversalement (Duros, Rovillain) (1).

L'ouverture lisse et béante, à fleur de muqueuse, est, le plus souvent, facilement appréciable; d'autres fois, du fait de la disposition valvulaire de ses bords, l'orifice est caché au point de se dérober tout d'abord aux recherches (Duros, Nagel) (2) ou réduit à un pertuis étroit, s'ouvrant au centre d'une masse champignonneuse due à leur saillie exagérée (Ludwig, obs. XII).

Quelques auteurs lui ont trouvé une coloration rouge plus foncée, tranchant sur la coloration plus pâle des parties voisines. Rovillain a noté, à son niveau, l'existence de rides; Amabile, des stries rosées longitudinales (Puech).

Il n'existe dans la majorité des cas qu'une seule communication du rectum avec les voies génitales; cependant, nous relevons, dans l'observation de Pincus (obs. XIV), deux orifices de communication: l'un, au-dessous; l'autre, au-dessus de l'hymen.

Déjà, M. Puech avait cité le cas de Papendorf (3), qui avait

(1-2) Cités par Puech, p. 25 et 26.

(3) Observation CXII de la thèse de Puech.

aussi observé une double communication. Malheureusement, le manque de détails de ces observations leur enlève tout intérêt anatomo-pathologique. Très curieuse aussi l'observation de Simon (obs. XXI), qui note la présence d'un anus vestibulaire en même temps qu'un anus normal? Ce cas, nous paraît impossible à expliquer embryogéniquement, et il nous semble plus logique d'attribuer l'anus vestibulaire de cette femme de 40 ans à un traumatisme ou à une ulcération (syphilitique ou autre).

L'anus anormal donne accès dans le rectum, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un canal de communication, qui n'est autre que l'extrémité rétrécie de l'intestin. Tantôt, en effet, comme dans le premier cas, le rectum, au lieu de se porter vers la concavité du sacrum, reste constamment adossé au canal vaginal jusqu'au point plus ou moins élevé où il s'ouvre dans ce dernier; tantôt, comme dans le second cas, le rectum, après avoir occupé sa situation normale et s'être rapproché plus ou moins du périnée, s'incurve en avant pour venir s'aboucher, comme précédemment, avec les voies génitales. (Petit, obs. XV).

Cette différence, en réalité, est loin d'être aussi nettement établie; entre ces deux dispositions, il peut exister de nombreux intermédiaires, d'où la grande variabilité que l'on rencontre par rapport à la longueur, la forme et la direction du canal de communication.

Ainsi, relativement à la longueur, Rovillain a constaté chez une fille de 13 ans l'élargissement progressif de l'intestin jusqu'à une hauteur de 5 à 6 centim.; Birnbaum a trouvé un canal long de 3 centim., tandis que, dans certains cas, cette longueur dépasse à peine l'épaisseur réunie de la paroi postérieure du vagin et de la paroi antérieure du rectum (Naudin) (1).

(1) *In* Puech, p. 27.

Ces différences de longueur, qui dépendent peut-être de l'âge du sujet, tiennent plus encore au mode de terminaison de l'intestin et à son éloignement plus ou moins grand du périnée ; les mêmes remarques s'appliquent à la forme que présente le canal de communication : en effet, dans certains cas, le rectum se rétrécit progressivement d'un point plus ou moins élevé de sa terminaison jusqu'au niveau de son abouchement anormal ; d'autres fois, il se termine par une sorte d'ampoule, à laquelle fait suite la portion rétrécie qui en établit la communication avec les organes génitaux. Suivant l'une ou l'autre de ces dispositions, le canal intermédiaire étendu de l'orifice anormal à la portion régulièrement calibrée du rectum sera infundibuliforme et son origine supérieure difficilement appréciable ; ou, au contraire, le canal de communication aura dans toute son étendue un calibre sensiblement égal, à partir du point où il se détache nettement de l'ampoule rectale.

La direction de ce canal n'est pas moins variable que sa longueur et sa forme : tantôt, il se dirige assez directement de l'intestin vers son point anormal d'abouchement ; tantôt, avant d'aboutir à ce dernier, il décrit une courbe plus ou moins considérable.

La région anale, quoique généralement imperforée, peut néanmoins présenter toutes les apparences d'une disposition régulière (Estor, obs. I), si bien qu'au premier abord on peut croire à une bonne conformation : il peut exister, en effet, au point normalement occupé par l'anus, une dépression cutanée arrondie, présentant les plis radiés et la coloration brunâtre habituels à l'orifice anal.

Dans la majorité des cas, cependant, la région anale n'est pas aussi accusée : ainsi, au lieu et place de l'orifice, tantôt il n'existe qu'une dépression superficielle (Pinard, obs. XVI,

Pincus, obs. XVII) ou seulement une coloration plus foncée de la peau (Petit, obs. XV). D'autres fois, c'est un bourrelet, un repli cutané simulant une crête (Forgue, obs. II, Ludwig obs. XII), qui indiquent le siège que devrait occuper l'anus normal. Enfin, dans une dernière catégorie de faits, il n'y a aucune trace extérieure d'anus (Dwight, obs. V, Thompson obs. XXII).

Une question intéressante et utile est de savoir ce que deviennent les fibres musculaires de l'anus. Les constatations relevées au cours des opérations et un certain nombre d'examen^s néeropsiques permettent d'affirmer l'existence, dans la majorité des cas, du sphincter externe à sa place normale (Puech). Cela nous explique le bon fonctionnement de l'anus rétabli en son lieu ordinaire, ainsi que nous en trouvons une mention particulière dans deux de nos observations (Estor, obs. I ; Kirmisson, obs. X).

Quant à la disposition du péritoine pelvien, nous n'avons aucune donnée certaine à cet égard. Il est bon, toutefois, de retenir, au point de vue pratique, que, dans aucune des interventions entreprises pour remédier à cette anomalie, le chirurgien n'a eu à se préoccuper du péritoine.

Avec l'abouchement génital du rectum, se rencontrent assez fréquemment d'autres anomalies : sur les 145 cas qui ont servi de base au travail de M. Puech, 21 fois ces anomalies surajoutées ont été rencontrées. De notre côté, nous relevons pareille complication dans 5 observations. Ces anomalies varient avec chaque observation et n'ont rien de caractéristique : dans l'observation d'Abel (obs. III), la malformation coexistante affectait les organes génitaux externes et les petites lèvres ; nous relevons dans l'observation de Pinard (obs. XVI), un vagin double, tandis que dans celle de Kofer (obs. XI), non

seulement le vagin était cloisonné dans sa partie supérieure mais aussi l'utérus. D'autres fois, ce sont les parties les plus diverses du corps qui peuvent être conjointement intéressés : colonne vertébrale (Schauta, obs. XX), membres (Himmelfarb, obs. VII).

III

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC

Les symptômes fonctionnels observés dans les cas d'abouchement anormal du rectum à la vulve et au vagin varient d'intensité avec les difficultés qu'offre l'orifice au passage des fèces, c'est-à-dire avec les dimensions mêmes de cet orifice.

L'étroitesse du canal anormal peut être telle que l'évacuation du méconium soit insuffisante, quelquefois même impossible (Amussat, Depaul) (1) : dans ce cas, le tableau clinique ressemble de tout point à celui de l'imperforation simple, dont M. Trélat nous a donné une description magistrale :

« L'enfant refuse en général de téter et, s'il a pris le sein, il le quitte en criant et ne veut plus le reprendre. Quelques heures après sa naissance, il est atteint de vomissements ; ceux-ci ne sont d'abord constitués que par les liquides avalés : lait, eau sucrée, mais bientôt ils se répètent, les matières se colorent et dès le second jour, elles ont un aspect fécaloïde qu'elles gardent jusqu'à la mort ou jusqu'au rétablissement des voies d'excrétion » (2).

La marche des accidents si l'on n'intervient pas est rapide. Le ventre se ballonne, il est tendu, dur, tympanique, douloureux au moindre contact. La respiration s'embarrasse, les

(1) In Puech, p. 45.

(2) Trélat. *Dict. Encyclopédique*, art. *Anus*.

veines du cou se gonflent. « D'heure en heure, dit M. Trélat, cet ensemble de symptômes s'aggrave. La face s'amaigrit et reflète la douleur continue ; les cris ne sont plus que des plaintes de plus en plus faibles ; la peau prend une teinte terreuse si ce n'est sur la paroi abdominale, dont la circulation embarrassée produit une couleur bleuâtre. A l'agitation succède une prostration profonde ; la mort arrive, en général, au bout de quatre à six jours. »

Plus souvent, l'orifice anormal de grandeur suffisante permet l'évacuation des matières tant que celles-ci restent liquides ou demi-liquides. Mais, que les matières augmentent de volume et prennent de la consistance, et nous verrons les selles faciles dans les premiers jours, dans les premières semaines, dans les premières années, devenir difficiles et laborieuses.

L'époque où apparaissent ces troubles d'une défécation au début tout à fait normale est excessivement variable. A cela, rien d'étonnant si l'on songe à la multiplicité des facteurs exigés pour la régulière émission des matières : orifice suffisamment grand, direction convenable du canal de communication, volume proportionnel des matières, degré non exagéré de leur consistance, tonicité conservée des tuniques de l'intestin (Puech).

Cependant, on peut dire que c'est dans le cours de la première année et d'une manière générale encore, au moment où le changement d'alimentation, amené par le sevrage, occasionne des modifications dans la manière d'être des matières intestinales que s'observent les premiers troubles de la défécation. Dans un article récemment publié dans la *Semaine gynécologique* (octobre 1897), M. Puech insiste beaucoup sur ce point et en tire des déductions importantes au point de vue opératoire. Tel enfant qui, jusqu'à cette date, ne paraissait pas

souffrir de son infirmité, éprouve des épreintes, fait des efforts violents pour aller à la selle; s'agite, pleure, a de la tuméfaction de l'abdomen et peut finalement offrir le tableau plus ou moins complet de l'obstruction intestinale (Pooley, obs. XVIII; Rautzoïu, obs. XIX).

D'autres fois, la date d'apparition des accidents déterminés par la mal-défécation peut être plus tardive; c'est ainsi que la malade de Petit (obs. XV), jusqu'à l'âge de 10 ans, n'a éprouvé aucun désagrément.

Enfin, la production de ces accidents, à un âge plus ou moins avancé, est encore due à la présence de corps étrangers introduits avec les aliments; dans l'observation de Kalténbach (obs. IX), il est dit qu'une forte rétention se produisit chez une dame mariée, à la suite de l'ingestion de noyaux de cerises et de pépins de raisins. De même Newman (obs. XIV), mentionne qu'on trouva parmi les matières accumulées dans l'intestin d'une fillette de 8 ans des pépins de pommes, quoique depuis plusieurs semaines l'enfant n'en ait pas mangé.

Dans beaucoup de cas, les troubles de la défécation, sans aller jusqu'à compromettre directement la vie, s'accompagnent de troubles tenaces et sérieux: ce sont tantôt des épreintes, des coliques; tantôt des alternatives de diarrhée et de constipation (Abel, obs. III; Thompson, obs. XXII).

Ces troubles de la défécation ne sont pas sans amener, et souvent à bref délai, un retentissement profond sur tout l'organisme: de l'amaigrissement, de la faiblesse, une anémie plus ou moins profonde vont être la conséquence nécessaire de cet état de choses. Cet état de souffrance et de mal-nutrition se traduit encore par la pâleur des téguments, par un défaut de développement qui met l'enfant dans un état de chétivité tel qu'on est facilement induit en erreur sur son âge: nous lisons, en effet, dans l'observation de Thompson (obs. XXII), que la

malade est une fille mal développée, qui porte comme âge 13 ans plutôt que 19!

Dans d'autres cas, pour le moins aussi nombreux, ces divers accidents ne se montrent jamais; les selles sont et restent faciles; il n'y a eu, à aucun moment, menace de rétention des matières; l'enfant a, sans encombre, subi les modifications de régime réclamées par son âge; son développement s'est régulièrement effectué; rien dans l'habitus extérieur ne fait soupçonner le vice de conformation dont elle est atteinte; devenue femme, elle remplira les fonctions dévolues à son sexe.

Il ne faudrait pas pour cela en conclure que l'anus vulvaire ou vaginal reste exempt de tout inconvénient. Pour ne plus être une malade, la femme n'en est pas moins une infirme. Car mises à part les rares observations dans lesquelles les selles étant soumises à la volonté, les inconvénients ont été réduits au minimum, les malheureuses atteintes de ce vice de conformation souffriront d'une série de maux et d'inconvénients sérieux qu'il n'est pas besoin de rappeler tout au long: ce sera l'incontinence avec tout son cortège habituel de désordres ou au contraire la difficulté des selles avec la préoccupation constante pour la malade de vider son intestin.

Comme on le voit par les détails qui précèdent, les symptômes de l'anus génital n'ont rien de constant ni de caractéristique; aussi, s'ils peuvent mettre sur la voie du diagnostic ou solliciter des explorations, ne suffisent-ils pas à eux seuls à l'établir d'une façon rigoureuse.

Pour fixer un *diagnostic* précis, il est absolument indispensable de recourir à l'examen des parties génitales et de la région où normalement devrait s'ouvrir le rectum. Disons tout de suite que, dans la très grande majorité des cas, le diagnostic est des plus faciles.

Il est cependant certaines particularités de la région anale que nous avons signalées et qui pourraient, à un examen superficiel, induire le chirurgien en erreur. Nous avons vu, en effet, que le périnée présentait souvent au point correspondant à l'anüs, une dépression arrondie offrant des plis radiés, de coloration brunâtre : on pourrait donc croire, surtout si l'on se trouve en présence d'un sujet déjà avancé en âge et qui, pendant un temps plus ou moins long, a évacué régulièrement ses matières fécales, on pourrait croire, dis-je, à l'ouverture du rectum au périnée. Aussi le chirurgien devra-t-il, avant tout, s'assurer qu'il ne s'agit là que d'un anus borgne et pour cela explorer soigneusement cette dépression cutanée.

L'absence d'ouverture rectale reconnue, il faut pour découvrir l'abouchement anormal écarter les grandes lèvres, ce qui suffit dans bien des cas pour faire apparaître l'orifice du rectum ectopié, surtout lorsque cet orifice siège près de la commissure postérieure, au niveau de la fourchette, au devant de l'hymen. Quelquefois même, sans qu'il soit nécessaire d'avoir recours à des manœuvres exploratrices, par la seule situation du sujet en décubitus dorsal, l'anüs anormal vient de lui-même s'offrir béant aux yeux du chirurgien.

Dans le cas où le rectum s'ouvre plus profondément, l'exploration de la paroi supérieure du vagin à l'aide d'une sonde métallique ou d'un stylet rendra les plus grands services. On n'hésitera pas à s'aider d'une valve de Sims, refoulant en haut la paroi antérieure du vagin, si, au lieu d'être pratiquées chez un enfant, les diverses manœuvres exploratrices devraient être exécutées chez un sujet âgé.

Le diagnostic ne doit pas seulement se borner à la reconnaissance de l'abouchement anormal du rectum à la vulve ou au vagin. Pour établir le pronostic, décider de l'intervention, fixer le mode de traitement qui s'appliquera le mieux à chaque

cas particulier, le chirurgien devra encore « s'éclairer sur les dimensions de l'anus ectopie, sur la direction du conduit qui lui fait suite, l'existence d'une ampoule rectale descendant vers le périnée, en déterminer le siège, se faire une idée de l'épaisseur des tissus qui la séparent du point où normalement devrait siéger l'anus » (P. Puech).

Avec un peu de soins et d'attention ces indispensables données seront facilement acquises. Nous ne croyons pas qu'il y ait lieu d'insister plus longuement.

IV

PRONOSTIC

L'étude des troubles déterminés par l'existence d'un anus vulvaire, nous porte à envisager deux cas différents :

1° Ou l'orifice anormal est rétréci et s'oppose au libre passage des matières fécales ; 2° ou il les laisse échapper sans obstacle.

Dans le premier cas, il va sans dire que la vie du sujet est sérieusement menacée.

A la naissance, l'étroitesse de l'orifice anormal peut être telle que l'évacuation du méconium est souvent insuffisante et, quelquefois même, ne peut avoir lieu ; nous verrons alors éclater brusquement les symptômes graves de l'obstruction intestinale, suivis d'une mort rapide si le chirurgien n'intervient pas sur-le-champ.

Au moment du sevrage, l'enfant sera exposé aux mêmes dangers ; nous savons, en effet, que la condition indispensable au fonctionnement régulier de la défécation est le maintien des rapports entre les dimensions de l'orifice anormal et le volume des matières fécales. Or, à cette époque, du fait de l'âge et du changement de régime, les matières acquièrent un volume plus considérable et une consistance plus grande, et l'orifice anormal peut devenir insuffisant : la défécation se fera mal ou ne se fera pas du tout et les accidents graves qui en sont la conséquence se montreront.

Plus tard encore, quoique plus rarement, les dangers d'une rétention incomplète ou absolue, menaceront directement la vie de la malade porteur de cette anomalie, et nous avons cité des cas dans lesquels des corps étrangers introduits avec les aliments avaient déterminé l'arrêt des matières et nécessité une intervention.

Enfin, nous avons vu que si, dans certains cas, les troubles de la défécation n'avaient pas compromis directement la vie, néanmoins, ils légitimaient une intervention de l'opérateur par les accidents fâcheux dont ils s'accompagnent, entraînant à leur suite un retentissement profond sur tout l'organisme.

Dans le second cas, au contraire, l'anús vulvaire est compatible avec la vie; cependant, les inconvénients sérieux déterminés par cette anomalie, l'incontinence des matières observée dans bon nombre de faits, rendent la vie des malheureuses atteintes de cette infirmité pénible et misérable, ainsi que nous le voyons mentionner dans plusieurs de nos observations (Buckmaster, obs. IV; Frommel, obs. VI; Newman, obs. XIV).

Nous considérons donc le pronostic des anus vulvaires comme des plus fâcheux: menaçant directement la vie dans un grand nombre de cas, ce vice de conformation constitue, dans d'autres, une infirmité dégoûtante, qui obligera, le plus souvent, les porteurs de cette anomalie à avoir recours à une intervention chirurgicale.

V

TRAITEMENT

Tout ce que nous avons dit des inconvénients et des dangers de l'anüs vulvaire légitime la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Pourtant, nous voyons les anciens chirurgiens en repousser l'idée : les uns craignent de ne pas rencontrer le sphincter externe ou de blesser ce muscle ; d'autres, comme Boyer, affirment l'incurabilité de ce vice de conformation.

Mais, aujourd'hui que l'expérience a donné tort à ces craintes, l'indication d'intervenir s'impose formellement, tant pour débarrasser la malade d'une infirmité dégoûtante que pour la soustraire à des accidents de rétention dont nous connaissons la gravité.

Les plus timorés n'hésiteront pas à entreprendre une opération rendue plus facile dans son manuel opératoire et moins dangereuse par les progrès de la chirurgie.

Les succès nous démontrent qu'en opérant même les cas désespérés, il y a tout à gagner et rien à perdre.

Le nombre des procédés opératoires est considérable. A l'exemple de M. Puech, nous les diviserons en deux groupes : 1° tantôt, en effet, le chirurgien a eu pour but principal de créer un anus artificiel au périnée, la guérison de la fistule constituant un acte secondaire dont la réalisation sera opérée par l'art ou abandonnée à la nature ; 2° tantôt, il s'est efforcé de détacher la partie anormalement abouchée du rectum pour la transporter à sa place habituelle.

Dans le premier groupe rentrent : la ponction, l'incision simple, la proctoplastie par la méthode d'Amussat, le procédé de Martin, le procédé de Rhéa-Barton ; au second, appartiennent les procédés de Dieffenbach, de Nélaton, de Rizzoli, de Forgue.

Nous n'insisterons guère sur la ponction, qui nous paraît dangereuse, ni sur l'incision simple, méthode insuffisante qui expose, comme la première, à des complications redoutables. Nous mentionnerons tout particulièrement le procédé du professeur Forgue, décrit tout au long dans l'observation II, en faisant remarquer qu'il a donné un heureux résultat entre les mains de son auteur.

Des autres méthodes, nous n'en retiendrons que deux : les méthodes d'Amussat et de Rizzoli, qui nous paraissent offrir le plus de garanties de succès, et dont nous exposerons les avantages réciproques, après en avoir décrit le manuel opératoire.

Opération d'Amussat. — La patiente, soigneusement enveloppée, est placée sur le dos sur un coussin dur, ou, s'il s'agit d'un enfant, sur les genoux d'un aide qui maintient les cuisses relevées et écartées, dans la position de la taille. On introduit dans l'anus anormal une sonde cannelée fortement recourbée, si toutefois l'orifice en permet l'entrée. Dans le cas contraire, on mettrait l'instrument conducteur simplement dans le vagin, et on le laisserait en place pour les manœuvres ultérieures, comme dans les cas d'imperforation du rectum sans abouchement anormal. Pendant qu'un aide maintient la sonde, le chirurgien pratique, sur la ligne médiane, une incision qui commence en arrière de la fourchette et s'étend jusqu'au coccyx, en n'intéressant que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Lorsque le muscle sphincter est mis à nu, on continue l'incision en se tenant exactement sur la ligne médiane, de manière à conserver, pour l'avenir, tout ce qui reste du constricteur de l'anus.

On procède ensuite à la recherche du rectum. Le doigt, porté au fond de la plaie, permet de reconnaître l'ampoule, qui bombe sous l'influence des cris et des efforts de l'enfant, ou que fait saillir l'instrument introduit dans le rectum par l'anus anormal.

L'intestin, une fois reconnu à sa consistance molle, à sa coloration verdâtre ou brunâtre foncée, on le traverse par deux anses de fil qui serviront à l'attirer en bas, vers la plaie des téguments. On fixe les chefs libres sur le bord de la plaie, on ouvre l'intestin, sans couper les fils, et lorsque l'intestin est vidé des matières qu'il peut contenir, on ramène à l'extérieur l'anse de fil contenue dans l'intestin, et l'on suture la muqueuse à la peau. On place ensuite, de chaque côté du nouvel anus, un assez grand nombre de points de suture pour obtenir une adhésion plus complète de la muqueuse à la peau. Il faut s'arranger de façon que la muqueuse dépasse le niveau de la peau, afin d'empêcher les matières de filtrer entre cet organe et l'ouverture faite aux téguments.

Un pansement antiseptique, maintenu par un bandage en T, complète l'opération.

L'anus artificiel créé, il reste toujours une fistule à laquelle il faut maintenant remédier : on a eu recours, pour en obtenir la disparition, aux moyens habituellement mis en usage pour la guérison de toutes fistules recto-vulvaires ou recto-vaginales : les caustiques ; la cautérisation au fer rouge ou avec le nitrate d'argent, répétée jusqu'à la disparition complète du trajet ; l'incision réunissant, comme dans le cas de fistules anales ordinaires, les deux conduits ; l'avivement de l'orifice anormal par le procédé américain et sa suture ont été tour à tour employés à cette fin.

Dans quelques cas, on s'est contenté simplement de créer

un anus artificiel, laissant au temps et à la nature le soin de la guérison spontanée de l'orifice anormal. Ainsi s'est conduit M. le professeur Estor (obs. I) ; l'on peut voir par les détails de l'observation que cette manière de faire a été couronnée d'un plein succès.

Il en a été de même dans le cas de Rautzoïu (obs. XIX).

Procédé de Rizzoli. — L'opérée étant maintenue dans la position de la taille périnéale, on fait avec un bistouri convexe une incision cutanée médiane, étendue de la fourchette au coccyx et n'intéressant que la peau ; puis, on sépare les fibres musculaires sous jacentes jusqu'à la mise à nu de l'intestin. Introduisant alors le doigt dans le rectum par l'anus vulvaire, on s'en sert comme d'un conducteur pour disséquer l'orifice vulvaire de son abouchement anormal, en ayant soin de ménager les fibres musculaires qui peuvent s'y trouver. Puis, à l'aide de ciseaux mousses, on détache le rectum de toutes ses adhérences dans une étendue variable, mais en respectant toujours les tuniques de l'intestin.

La portion inférieure du rectum, ainsi séparée des tissus voisins et du vagin, se porte presque d'elle-même vers le coccyx et l'angle postérieur de la plaie périnéale. Là elle est fixée par trois points de suture en arrière et sur les côtés ; après quoi les lèvres de l'incision primitive sont affrontées et maintenues au contact, en avant du rectum, par trois points de suture.

Ce dernier procédé, très ingénieux, offre de réels avantages : par suite du retour à sa place habituelle de l'extrémité déviée du rectum, le nouvel anus présente dans sa constitution les mêmes éléments qu'à l'état normal.

On y trouve les deux ordres de fibres sphinctériennes qui assurent son bon fonctionnement. Un périnée solide, favorable

aux accouchements ultérieurs (2 observations de Rizzoli) (1), et suffisamment long, sépare le nouvel anus de la commissure postérieure de la vulve. Enfin, la disparition de la fistule est sûrement obtenue par la guérison.

La méthode de Rizzoli a été employée, d'après le relevé de M. Puech, dans 10 cas et a donné 8 succès complets ; l'observation de Petit (obs. XV) porte un succès de plus à l'actif de cette méthode.

Malheureusement, ce procédé n'a pas pour lui la facilité de l'exécution : il exige du chirurgien de l'habileté et une certaine habitude des opérations délicates. Et nous ne devons pas oublier que, dans certains cas, l'opération dirigée contre l'abouchement vulvaire ou vaginal du rectum est une opération d'urgence, et que, dès lors, elle doit être à la portée de tout le monde. Aussi lui préférons-nous, en ces conditions, la méthode d'Amussat, beaucoup plus simple, d'une facile exécution et d'une grande bénignité.

Comme le dit M. Puech : « L'opération d'Amussat, habituellement facile et sans grands dangers, est l'opération des cas d'urgence et du praticien imparfaitement outillé. »

Si on peut reprocher au procédé d'Amussat de ne pas avoir toujours mis à l'abri du rétrécissement, lui objecter qu'il a fallu, dans certains cas, une seconde intervention pour guérir le trajet fistuleux, néanmoins, les résultats obtenus sont suffisamment favorables : sur 19 interventions, par cette méthode, M. Puech relève 9 succès complets, 2 succès sans indication de l'état de la fistule et 6 demi-succès avec persistance de la fistule.

De notre côté, nous relevons 6 cas d'intervention par cette méthode, parmi lesquelles : 4 cas de succès complet (dont la

(1) *In* Puech, p. 118.

fillette opérée par M. Estor) et un demi-succès avec persistance de la fistule (Newman, obs. XIV).

L'âge du sujet, comme le siège de l'ouverture anormale, influenceront aussi sur le choix du procédé : en effet, la méthode de Rizzoli demande, pour son exécution, un champ opératoire plus étendu que n'en fournit le périnée étroitement limité par le faible écartement des parties osseuses d'un enfant en bas âge. Enfin, ce procédé, qui convient parfaitement aux cas où le rectum s'ouvre à la vulve et à l'entrée du vagin, cesse d'être applicable lorsque cet aboutement se fait en un point plus élevé ; en l'état, la dissection de la paroi antérieure du rectum peut être rendue impossible, en tout cas difficile et dangereuse.

Nous dirons peu de mots des accidents qui peuvent compliquer l'intervention dans les cas d'aboutements vulvaires ou vaginaux du rectum : en réalité, ils sont extrêmement rares, à s'en rapporter, du moins, aux observations publiées. Newman (obs. XIV) mentionne la formation d'un abcès en arrière du rectum et qui retarda la guérison. Dans l'observation de Pooley (obs. XVIII), la mort de la petite opérée serait due à une bronchite capillaire.

Il nous reste maintenant un dernier point à étudier : à quel âge convient-il d'opérer l'anus vulvaire ?

Il va de soi que la discussion n'est point possible quand l'orifice anormal trop étroit s'oppose au libre passage des matières : c'est une opération d'urgence qu'il faut faire, exactement comme lorsqu'on se trouve en présence d'une imperforation de l'anus et du rectum.

C'est dans les conditions inverses, lorsque la communication recto-vulvaire permet l'évacuation de l'intestin, que se discute le choix du moment opportun.

Les avis sont bien partagés : tandis que Guersant, Nélaton,

Maisonneuve, Nagel, donnent la préférence à une opération précoce ; Lenoir, Bouisson, conseillent d'attendre que la constitution de l'enfant se soit un peu affermie. Pour MM. Tillaux, Petit et Martin, il faudrait même, si l'orifice est suffisamment large, attendre une ou plusieurs années avant de faire une tentative opératoire.

M. P. Puech (1) fait contre l'intervention tardive deux objections capitales :

1° Par suite des difficultés de la défécation, l'intestin reste toujours plus ou moins distendu ; à la longue, il se produit de l'atonie des fibres musculaires : l'intestin n'a plus la force de se vider et prive le chirurgien d'un auxiliaire précieux. Ne voyons-nous pas, en effet, Thompson (obs. XXII) insister sur cet inconvénient.

2° La fistule recto-vulvaire, par le fait de sa participation au développement de l'individu ou du passage répété des matières de plus en plus volumineuses, acquiert nécessairement un diamètre plus considérable et, dès lors, son oblitération deviendra plus difficile. A cette cause, nous croyons devoir attribuer le demi-succès de Newman (obs. XIV) : son opérée était déjà âgée de 8 ans lorsque l'opération fut entreprise.

Repoussant pour ces motifs l'intervention tardive, nous ne sommes pas non plus partisan de l'opération véritablement précoce. Sans doute, les opérations exécutées peu de temps après la naissance sont souvent bien supportées par les enfants ; mais, c'est toujours une période délicate que celle des premiers jours de la vie extra-utérine ; il n'est donc pas indifférent de laisser l'enfant s'accoutumer à sa nouvelle vie, de laisser sa constitution se raffermir.

(1) *Semaine gynécologique*, octobre 1897.

D'autre part, jusqu'à l'époque du sevrage, la distension de l'intestin et son atonie, consécutives aux efforts répétés de l'organe pour se débarrasser de son contenu, ne sont point à craindre : en effet, durant toute cette période, les matières rendues par le nourrisson sont molles et leur évacuation, en raison même de leur faible consistance, s'effectue sans aucune difficulté. Pour le même motif, l'agrandissement du trajet fistuleux et de l'orifice anormal ne s'opère qu'à un faible degré.

Au moment du sevrage, au contraire, les conditions changent. En exposant la symptomatologie de l'anus vulvaire et son pronostic, nous avons insisté sur les dangers qui menaçaient souvent, à cette date, des enfants dont la vie semblait jusque-là parfaitement compatible avec l'existence de ce vice de conformation. Nombreuses sont les observations qui nous montrent que l'apparition des premiers accidents coïncide avec le moment où le changement d'alimentation occasionne des modifications dans la manière d'être des matières intestinales. Un enfant, dont les selles sont restées faciles pendant les premiers mois, alors que les matières sont liquides ou demi-liquides, va, au moment du sevrage, alors que les matières augmentent de volume et prennent de la consistance, présenter des phénomènes de rétention ou même d'obstruction intestinale.

Cette époque du sevrage est, d'ailleurs, pour tout enfant, une époque critique. Aussi, en attendant ce moment pour intervenir, risque-t-on d'être amené à faire une opération la main forcée et dans des conditions défectueuses.

C'est pourquoi, en dehors, bien entendu, des cas qui réclament une intervention d'urgence, si nous pensons que l'opération ne doive pas être entreprise dans les premiers temps qui suivent la naissance, nous voudrions que tout enfant porteur d'un

anus vulvaire fût débarrassé de son infirmité au moment du sevrage.

Adoptant pleinement les conclusions de M. Puech, nous déclarons, avec lui, que l'âge de *6 mois à 1 an* doit être considéré comme l'âge de choix.

VI

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

Observation III

Kled Abel

(*Archiv. für Gyn.*, B. 38, p. 493)

Anus vestibulaire observé chez une fille de 20 ans. L'anüs est situé près du frein. Hypoplasie des organes génitaux externes et internes (les petites lèvres sont atrophiées). Tout le reste normal.

Troubles fonctionnels, consistant en rétention avec débâcle, tous les 8 jours. Menstruation régulière. Pas d'opération.

Observation IV

Buckmaster

(*New-York med. Journal*, août 1894)

L'auteur, en 1887, examine une fillette de 7 ans ; la vulve est rouge et excoriée ; pas d'ouverture rectale ; des matières fécales s'écoulent par le vagin ; une sonde introduite par une petite ouverture se dirige en arrière et en haut du passage. L'enfant ne pouvait retenir ses matières et sa vie était très misérable. Distension et atonie de l'intestin. Opération refusée.

En 1892, la fillette souffrant beaucoup, l'opération est faite par le procédé d'Amussat. Succès.

Observation V

Thomas Dwight

(*The American Journ. of the med. Sc.*, avril 1895)

Autopsie d'une femme âgée de 32 ans, vierge en apparence. On ne trouvait pas d'anus, le rectum s'ouvrait dans la vulve exactement au niveau de la commissure postérieure par un orifice pouvant admettre le pouce. La vulve, d'autre part, était normale. L'hymen était pauvrement représenté. Pendant la vie, aucune dépression, aucun indice ne révélait la place de l'anus normal ; mais après cette dissection, on pouvait trouver un repli très distinct de la peau à deux centimètres et demi en arrière de la vulve. Ni la peau ni la muqueuse n'étaient irritées par le passage des matières. Le rectum, à l'autopsie, présentait des dispositions normales, n'était nullement dilaté, semblait même plus petit. La bande musculaire longitudinale paraît extraordinairement développée. On ne trouve aucun sphincter à l'extrémité du rectum. Le vagin est normal. Le releveur de l'anus très puissant.

Observation VI

Frommel

(*Münchener Med. Wochenschrift* : 1890, n° 38)

Anus vulvaire chez une fille de 21 ans. — L'anus est situé à la commissure de la vulve. La malade souffrait d'incontinence des matières. Deux doigts pouvaient passer à travers l'orifice anormal.

Opération de Lawson-Tait. Guérison.

Observation VII

Himmelfarb

(*Arch. für Gyn.* 1892, p. 372)

Anus vestibulaire congénital chez une fille de 14 ans. — L'anus bien conformé se trouvait immédiatement au-dessus fourchette, en avant de l'hymen, et conduisait dans rectum tout droit. La cloison était très mince et composée exclusivement des deux muqueuses. L'urètre était à sa place. L'utérus normal. Pas de troubles fonctionnels.

A part cette malformation la malade présentait un pouce gauche rudimentaire et n'avait que quatre doigts à la main droite.

Une tante de la malade fut opérée à la clinique de Kieff à l'âge de 12 ans pour une malformation des organes génitaux, malformation sur laquelle on n'a pu obtenir aucun renseignement.

Pas d'opération.

Observation VIII

Jeannel (de Toulouse)

(*Arch. provinciales de chirurgie.* 1898, n° 5)

Anus vulvaire chez une fillette de 10 mois, opération d'Amussat le 28 octobre 1897 suivie d'un succès complet.

Observation IX

Kaltenbach

(*Centr. für Gyn.* 1893, p. 953)

Dame mariée ; présentant une atrésie de l'anus vaginal. A la suite d'une forte rétention des matières, formation d'une énorme tumeur ; au bout de trois semaines de souffrances, exécution

d'une masse dure de matières fécales, suivies de la sortie de noyaux de cerises et pépins de raisins.

Pas d'opération.

Observation X

Kirmisson

(*Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie*, 1896, vol. 22)

Ectopie vulvaire de l'anus, guérie par la transplantation de l'anus au périnée.

Fillette de 5 mois; l'anus s'ouvre sur la ligne médiane immédiatement en arrière de la commissure postérieure de la vulve.

Opération par la méthode de Nélaton. Succès.

L'anus périnéal fonctionne bien; l'orifice anormal est complètement oblitéré.

Observation XI

Koffer

(*C. für Gyn.*, 1891, p. 602 et 663; 1892, p. 195)

Enfant né, le 21 octobre 1890, avec une atrésie de l'anus vaginal.

Opération le 11 novembre 1890; découverte de l'intestin impossible par le périnée. Colotomie iliaque gauche. Guérison 20 jours après l'opération, l'enfant avait gagné 280 gr.

Le 16 mars 1891, l'enfant mourait à la suite d'une bronchite.

Autopsie : Utérus bipartitus avec annexes normalement développées. Le vagin, dans son tiers supérieur, paraît divisé par une cloison verticale et, dans chaque loge résultant de la division, s'ouvre une portion vaginale; tandis que la partie inférieure du vagin est unique mais fortement dilatée et présente, près du vestibule, un orifice de communication avec la terminaison du rectum.

Observation XII

Ludwig

(*Centralblatt für Gyn.*, 1895, p. 349)

Petite fille, née à 8 mois de grossesse, rendait ses matières par les voies génitales. Aucune malformation chez la mère. Lorsqu'on écarte les grandes lèvres, on voit une muqueuse faisant un peu saillie entre les petites lèvres : c'est la paroi postérieure du rectum qui fait saillie à travers l'anus vestibulaire.

On ne voit pas d'orifice urétral, mais je ne puis pas dire si l'urètre est profondément caché dans le sinus uro-génital ou s'il manque un orifice urétral. Cependant l'enfant retient l'urine, de même l'anus vestibulaire paraît être continent au point que les matières fécales et les gaz sortent avec bruit. En ce qui concerne le vagin et l'utérus, on ne peut rien dire.

Au-devant de la pointe du coccyx on voit, à environ 3 centimètres de la commissure postérieure de la vulve, un repli de la peau, ressemblant à une crête.

Observation XIII

Alb. Martin

(*Semaine. Gyn.*, août 1897)

Petite fille de 5 semaines ; pas d'anus normal, le rectum vient déboucher dans la vulve en avant de l'hymen, en arrière de la fourchette.

Cette ouverture ano-vulvaire, dans laquelle on introduit l'extrémité d'une pince hémostatique, est suffisante pour assurer la fonction de défécation. On ne s'est aperçu de la parti-

cularité que présente cette enfant qu'assez longtemps après sa naissance, et ce n'est point pour cela mais pour de l'athrèpie qu'on la ramène à l'Hospice-Général, où elle est née.

Pas d'opération.

Observation XIV

Newman

(*The Lancet*, 1894)

Fille de 8 ans. Opération refusée à la naissance.

A sa rentrée à l'hôpital : l'abdomen est très distendu, les matières noir-verdâtre s'écoulent constamment par le vagin. L'enfant marche et s'assied le tronc penché en avant, et tient ordinairement les mains jointes sur le ventre comme pour le soutenir.

Opération par la méthode d'Amussat. En plusieurs fois on enleva des matières dures en s'aidant d'une cuiller ; parmi ces matières, on trouva des pépins de pommes, quoique, depuis plusieurs semaines, l'enfant n'en ait pas mangé.

La guérison fut retardée par une collection purulente qui s'était formée en arrière du rectum.

Quand l'enfant sortit, très peu de matières s'écoulaient par le vagin.

Trois mois après, la fistule persistait encore. Etat général excellent.

Observation XV

P. Petit

(*Sem. Gyn.*, mars 1897)

Fillette de 10 ans, présentant un abouchement du rectum à la vulve, immédiatement en avant de l'hymen. L'orifice anormal admettait assez facilement la moitié de la première phalange de l'index et les trois quarts de l'auriculaire, qui arrivait à péné-

trer dans une ampoule bourrée de matières dures comme du mastic. Cette ampoule s'incurvait légèrement vers le bas pour se continuer en haut à plein canal avec le rectum, et paraissait être séparée de la surface par une épaisseur de tissus de 2 à 3 centimètres environ. L'emplacement normal de l'anus n'était indiqué que par une teinte plus foncée de la peau et une saillie légère sous les efforts de la défécation. Bien portante jusque-là, depuis quelque temps l'enfant se plaint de douleurs continues dans la fosse iliaque gauche ; parfois des vomissements bilieux et des lypothymies au moment des garde-robes, et il devenait clair que, malgré un purgatif tous les 2 jours, l'enfant était en imminence constante d'obstruction intestinale.

Opération par la méthode de Rizzoli. Guérison.

Observation XVI

Pinard

(In G. Bernard, Th. Paris 1898, n° 581)

Anus vulvaire chez une femme de 18 ans. Rien d'intéressant dans les antécédents ; réglée à 13 ans et depuis, régulièrement. Grossesse normale. Vagin double, utérus unique, cordiforme.

Au niveau de l'anus, se trouve une légère dépression fermée par un diaphragme imperforé.

Accouchement rendu dystocique par la présence de la cloison vaginale.

Pas d'opération.

Observation XVII

Pincus

(Samml. klin. Vorträge, 1893, n° 80)

Enfant de 7 ans : il y avait 2 communications avec le vagin : une au-dessus de l'hymen et l'autre, entourée par du tissu musculaire, était située au-dessous de l'hymen.

Petite dépression à la place de l'anus normal. On fit une dilatation graduelle du sphincter vulvaire et on ferma l'autre orifice par le nitrate d'argent.

Observation XVIII

J.-H. Pooley

(*American Journ. of Obstetrics*, vol. IV, p. 676.)

Enfant de 3 semaines; orifice à 1/2 pouce du vagin et très petit. L'opération proposée n'est acceptée que cinq mois après, l'enfant étant restée quatre jours constipée malgré les cathartiques et semblant très mal.

Opération d'Amussat incomplète: impossibilité d'abaisser l'intestin pour le suturer à la peau; on se détermina à maintenir la communication par la dilatation.

L'enfant mourut 3 jours après, de bronchite capillaire.

Observation XIX

Rautzoïu

(*Rev. des Mal. de l'Enfance*, vol. XI, 1893.)

Petite fille âgée de 6 mois, souffrant d'une imperforation complète de l'anus et de l'abouchement anormal du rectum à la vulve, immédiatement en avant de l'hymen (fourchette).

L'étroitesse du trajet empêche l'écoulement complet des matières, qui avaient commencé à durcir.

Coliques, vomissements, ballonnement du ventre, affaiblissement général.

Opération d'Amussat: impossibilité d'abaisser l'intestin à cause des adhérences; pas de complication. Le rétrécissement a été presque nul jusqu'alors (2 mois après l'opération).

Le sphincter fonctionne normalement.

L'ancien trajet s'est fermé complètement sans aucune intervention. Etat général meilleur.

L'enfant était née à terme et ne présentait pas d'antécédents héréditaires ; aucun vice de conformation dans la famille.

Observation XX

Schauta

(*C. für Gyn.* 1893, p. 349.)

Anus vulvaire observé chez une femme qui accouchait.

Il y avait absence de la partie inférieure du sacrum.

L'accouchement fut spontané.

Observation XXI

Simon (de Nürnberg).

(*C. für Gyn.* 1893, p. 952)

Anus vestibulaire observé chez une femme de 40 ans ; il y avait en même temps un anus normal.

Le rectum se divise en deux bras et est tapissé par une muqueuse normale.

Il n'y a de sphincter qu'à l'anus périnéal.

La cloison recto-vaginale se termine à l'hymen. Le périnée entre les deux branches de division du rectum est fortement développé.

Les parties génitales sont normales.

Observation XXII

Henry Thompson

(*The Lancet.* 1894).

Anus imperforé avec fistule recto-vaginale chez une fille de 19 ans.

D'après la mère, la nourrice ne s'aperçut d'une malformation qu'au bout d'une semaine. A 14 mois, l'enfant fut conduite à Hull Infirmary, mais on conseilla de la ramener vers l'âge de 14 ou 15 ans. L'enfant ne revint qu'à l'âge de 19 ans: elle perdait ses matières et, depuis 7 ou 8 ans, souffrait d'alternatives de constipation et de diarrhée revenant tous les trois mois et se répétant de plus en plus souvent. Pendant ces attaques, elle avait des vomissements stercoreux et rendait des matières fluides.

La malade n'a jamais été réglée.

A sa rentrée à l'hôpital (25 sept. 1893), la malade est une fille mal développée, qui porte comme âge 13 ans plutôt que 19. Il n'y a pas de trace d'anus. L'hymen manque et le vagin est dilaté.

A la partie postérieure du vagin, se trouve une ouverture à travers laquelle l'extrémité du petit doigt passe difficilement dans le rectum qui est rempli de matières fécales.

Opération, le 7 octobre, en combinant la méthode Whitehead (hémorroïdes) et celle de Lawson Tait.

Suture de la fistule vaginale. Suites très longues mais résultat excellent. La grande difficulté résulte de l'inertie des muscles de la défécation.

Les sutures vaginales cicatrisèrent vite, mais la partie postérieure de l'anus présentait une séparation considérable qui finit par se combler.

14 déc. 93. — Sortie de l'hôpital avec résultat complètement satisfaisant : plus d'incontinence. Santé générale excellente, sauf l'inertie de l'intestin.

La fillette était jumelle ; sa sœur était parfaitement conformationnée, ainsi que les autres enfants de sa mère.

Observation XXIII

K. Visino.

(*C. für Gyn.* 1897, p. 1287).

Enfant de 9 mois, présentant un anus vulvaire ; opération par la méthode de Diffenbach. Succès.

Observation XXIV

Weiss

(*C. für Gyn.* 1892, p. 198).

Enfant de 2900 gr., opérée le lendemain de sa naissance pour une atrésie de l'anus vaginal. Guérison.

La défécation pendant le premier mois se fit très bien. L'enfant avait gagné le poids de 5120 gr. ; mais, à partir de cette époque, se montrent des signes de sténose que l'auteur dut combattre par la dilatation.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Montpellier, le 20 juillet 1899.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ
Montpellier, le 20 juillet 1899.

Le Doyen :
L. VIALLETON.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
